

## **ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ТЕРАПЕВТОВ О ПРАВИЛАХ ПРОВЕДЕНИЯ ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI***

***Микаренко Е.В., Пиманов С.И., Сапего Л.Г., Кавцевич М.Л.,  
Окороков А.Н., Королева Ю.И., Попов С.А.***

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Одним из ведущих этиологических факторов язвенной болезни является микроорганизм *Helicobacter pylori*. В настоящее время имеются убедительные доказательства возможности уменьшить количество обострений и осложнений (кровотечений, перфораций) при гастродуоденальных язвах путем проведения эрадикации хеликобактерной инфекции [1, 2, 4].

Тем не менее, в Республике Беларусь существенно не уменьшается число случаев осложнений гастродуоденальных язв. В соответствии с рекомендациями Маастрихтского-II Консенсуса 2000 г. первая линия эрадикационной терапии включает одновременное применение в течение не менее 7 дней следующего протокола: ингибитор протонной помпы (ИПП), кларитромицин и амоксициллин. Однонедельная “квадро”-терапия (ИПП, препарат коллоидного субцитрата висмута, тетрациклин и метронидазол) используется в качестве терапии второй линии при неэффективности терапии первой линии [1, 3].

Целью настоящего исследования явилась оценка подготовленности и отношения врачей-терапевтов к применению протоколов эрадикационной терапии у больных гастродуоденальными язвами.

**Методы.** В качестве метода исследования использовали анкетирование врачей, проходящих обучение на циклах повышения квалификации на кафедре терапии. Анкеты подготовлены совместно сотрудниками кафедры терапии № 2 факультета повышения квалифика-

ции врачей и кафедры психологии и педагогики Витебского государственного медицинского университета. Вопросы составлены таким образом, что часть из них требует прямого ответа на поставленный вопрос, другие имеют форму короткой карты-задачи, с различными вариантами ответов. Выбрать безусловно правильный ответ может только врач, действительно понимающий цели, задачи и правила проведения эрадикации *H. pylori*.

Сравнивались ответы врачей при анкетировании, которое проводилось в 2001-2002 гг. и в 2005-2006 гг., с целью выявить положительные тенденции, произошедшие за последние годы в подходах к лечению гастродуоденальных язв. Проанализированы ответы на анкету 186 врачей-терапевтов, полученные в 2005-2006 гг. и проведено сравнение с результатами анкетирования 203 врача в 2001-2002 гг. Статистическая обработка производилась методом непараметрической статистики по критерию  $\chi^2$ .

**Результаты и обсуждение.** Как следует из ответов врачей, не используют в своей практике эрадикацию *H. pylori* 5,9% анкетированных (11 человек), иногда используют – 23,1% (43 врача), имеют схемы эрадикационной терапии на рабочем столе – 34,4% опрошенных, независимо от того, применяют ли они в своей практике такой метод лечения язвенной болезни или нет. Из всех анкетированных 84 человека (45,2%) указали на то, что постоянно используют в своей практике антихеликобактерную терапию. Тем не менее, только в одной анкете (0,5%) отсутствовали ошибки при выборе лекарственных препаратов для проведения эрадикации *H. pylori*, сроков и тактики лечения. В 22 анкетах (11,8%) не имелось грубых ошибок по использованию протоколов эрадикации, компоненты схем перечислены врачами верно, но выбор показаний не соответствовал Маастрихтскому-II Консенсусу 2000 г. Из числа всех опрошенных неверно перечислили компоненты эрадикационной схемы 163 врача (87,6%). Ошиблись в выборе длительности лечения 42 человека (22,6%), допуская возможность проведения эрадикации в течение трех или четырех дней. Сделали неправильный выбор показаний к проведению эрадикации 154 врача (82,8%). У 61 человека (32,8%) имелась завышенная самооценка своих знаний по правилам проведения эрадикации *H. pylori* (несмотря на то, что в анкетах было указание на постоянное использование антихеликобактерной терапии, допущены грубые ошибки при перечислении компонентов эрадикационных схем).

Высокоэффективным методом лечения язвенной болезни эрадикационную терапию назвали только 88 терапевтов (47,3%), 12,9% врачей назвали этот метод лечения эффективным в той же мере, как и другие способы, а 1,6% считают, что существуют более эффективные

виды терапии гастродуоденальных язв. На ограничение возможностей широкого использования антихеликобактерной терапии из-за ее высокой стоимости указали 164 врача (88,2%), 8,1% анкетированных считают, что использование эрадикационной терапии врачами-терапевтами и их коллегами ограничивает отсутствие препаратов в аптеке, а 6,5% опасаются появления побочных реакций при проведении такого лечения.

Что касается оценки врачами приверженности к лечению их пациентов, то только 15 врачей (8,1%) считали, что пациенты строго следуют указаниям лечащего врача по проведению эрадикационной терапии, 117 анкетированных (62,9%) уверены в том, что их больные не соблюдают протокол эрадикации, остальные опрошенные затруднились в ответе. По мнению большинства терапевтов, приверженность больных к проведению эрадикации *H. pylori* при гастродуоденальных язвах ограничивается высокой стоимостью такого лечения.

На вопрос о возможности использования эмпирической эрадикационной терапии (т.е. без предварительного определения *H. pylori*) подавляющее число терапевтов (91,7%) ответили утвердительно.

При сравнении ответов врачей на аналогичные анкеты, полученные в 2001-2002 годах, мы не отметили кардинальных изменений в отношении терапевтов к эрадикационной терапии, несмотря на имеющуюся положительную тенденцию (Рис.).

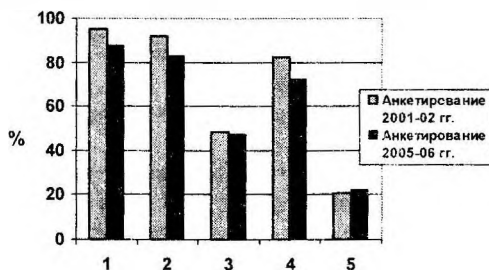


Рис. Анкетирование врачей-терапевтов в 2001-02 гг. и 2005-06 гг.

Примечания. 1 – ошибки при выборе препаратов для эрадикации, 2 – неверный выбор показаний к лечению, 3 – эрадикационная терапия оценена как один из самых эффективных методов лечения язвенной болезни, 4 – эрадикационная терапия не может использоваться как дорогостоящая, 5 – неверно указана длительность лечения.

Грубые ошибки в выборе компонентов эрадикационных схем встречаются в анкетах 2005-2006 гг. реже ( $\chi^2 = 1,69$ ,  $p > 0,1$ ), однако подавляющее большинство врачей допускает возможность замены ингибитора протонной помпы на  $H_2$ -блокатор, использование антибакте-

риальных препаратов, не указанных в Маастрихтском-II Консенсусе 2000 г. (ампициллин вместо амоксициллина, эритромицин или ципрофлоксацин вместо кларитромицина). В более поздних анкетах меньше процент неправильных ответов при выборе показаний к антихеликобактерной терапии ( $\chi^2 = 6,96$ ,  $p < 0,01$ ), однако результаты опроса большинства анкетированных свидетельствуют о недостаточно глубоких знаниях этого аспекта лечения гастродуоденальных язв. По-прежнему, основным препятствием для широкого использования антихеликобактерной терапии терапевты считают высокую стоимость препаратов.

Таким образом, проведенное нами анкетирование свидетельствует о том, что врачи-терапевты недостаточно хорошо знают правила проведения антихеликобактерной терапии, показания к ее проведению и нарушают протоколы. Не отмечено существенной положительной динамики в подходах практических врачей к использованию данного метода лечения при язвенной болезни в последние годы. Можно предположить, что отсутствие глубоких знаний по методике эрадикационной терапии и готовности врачей широко использовать данный метод лечения в нашей республике, косвенно связано с отсутствием положительных тенденций в снижении частоты хирургических осложнений гастродуоденальных язв.

### **Выводы**

1. Большинство врачей-терапевтов (78,5%) допускают грубые ошибки при выборе препаратов для проведения эрадикации *Helicobacter pylori* при гастродуоденальных язвах.

2. Распространенной ошибкой (у 82,8% анкетированных) является неверный выбор показаний к проведению эрадикационной терапии.

3. Препятствием для широкого использования антихеликобактерной терапии названа высокая стоимость препаратов и невозможность пациентами приобретать их для лечения язвенной болезни.

3. В 2005-2006 гг. и в 2001-2002 гг. допускались аналогичные ошибки при выборе подходов к лечению дуоденальных язв.

Литература:

1. Ивашкин, В. Т. Какие рекомендации по лечению заболеваний, ассоциированных с *H. pylori*, нужны в России? Анализ основных положений Маастрихтского соглашения-2 / В. Т. Ивашкин, В. А. Исаков, Т. Л. Лапина // Библиотека последипломного образования. – М., 2000. – 28 с.

2. Пиманов, С. И. Метаанализ эффективности эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* по протоколу «омепразол-кларитромицин-амоксициллин» / С. И. Пиманов, С. А. Попов, Е. В. Макаренко // *Consilium Medicum*. – 2003. – Прилож., Вып. № 2. – С. 11-13.

3. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection – The Maastricht 2-2000 Consensus Report / P. Malfertheiner [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2002. – Vol.16. – P. 167-180.

4. Qasim, A. Review article: treatment of *Helicobacter pylori* infection and factors influencing eradication / A. Qasim, C. A. O'Morain // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2002. – Vol.16 – Suppl. 1. – P. 24–30.